Przyczynek do laparotomii ginekologicznych

podał

Dr. Fr. Slęk

elew kliniki.

Chirurgia jamy brzusznej pozostanie na zawsze bardzo zajmującą dla chirurga. Składa się na to wiele przyczyn, że wspomnę tylko o trudnościach rozpoznawczych i niespodziankach, jakie czasami wikłająca się nieprzewidywanemi trudnościami operacya przedstawiać może. Zaczem przyjmujemy chętnie do naszej kliniki chore z guzami jamy brzusznej wszelkiego rodzaju, a więc i z guzami części rodnych.

Ztąd nagromadził się u nas w przeciągu dwóch lat istnienia kliniki lwowskiej materyał dość pokaźny, na który przypada przeszło 30 operacyj ginekologicznych, a w tem 24 laparotomij, które poniżej mam zamiar rozpatrzyć, oświetlając rzecz ze strony chirurgicznej i kładąc główną wagę na mięśniako-włókniaki macicy, gdyż, jak o tem bieżące piśmiennictwo poucza, niema dotychczas zgody ogólnej, co do wyboru metody operacyjnej w każdym poszczególnym przypadku. Uprzedzam, że nie pokuszę się o to, abym miał wysnuwać ogólne wnioski; zadowolniony będę, jeżeli mi się uda, ilustrując tekst jaknajkrótszymi wyciągami z historyi chorób, obejmującymi tak chore kliniczne, jak i chore z praktyki prywatnej mego Szefa, Pana Radcy Dworu Prof. Rydygiera, skreślić zasady, jakiemi kierujemy się w naszej klinice, a które wydały tak świetny wynik, że na 30 przypadków, z których niektóre

były bardzo trudne, nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego. Po skreśleniu zatem ogólnych uwag co do techniki otwarcia jamy brzusznej (których zresztą trzymamy się i w każdym innym przypadku laparotomii), opiszę po kolei włókniako-mięśniaki, oraz raki macicy i zakończę rzecz opisem operacyi torbieli, wychodzących z jajnika i przyjajnika.

I.

W rozprawce, „Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran“ (*Medycyna*, Grudzień, 1898) skreślił Prof. Rydygier szczegółowo zasady naszego postępowania wobec laparotomii. Nie od rzeczy będzie powtórzyć je tu w najogólniejszych zarysach, gdyż jak pouczają prace Trzebickyego, Drobnika i inn., uwagi te były i są na czasie. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zasadniczo nie obstajemy przy tem, aby laparotomie wykonywać w umyślnie do tego celu urządzonych pokojach, klinikach, szpitalach etc. Niektóre owaryotomie i myomektomie wykonywane były w domach prywatnych, wśród bardzo niekorzystnych warunków, rzec można prawie w brudnej komórce pod schodami, a mimo to przebieg pooperacyjny był idealnym. Operowanie wśród takich warunków jest jedynie niewygodnem dla operatora, który ogromnie wytężyć musi uwagę, aby nie popełnić najmniejszego błędu w postępowaniu aseptycznem, w szczególności zaś postarać się o dokładne wyjałowienie pola operacyjnego i wszystkiego tego, co z raną, względnie jamą otrzewnową, ma się stykać. Zatem na dzień przed operacyą każemy chorej wykąpać się w ciepłej wodzie i dokładnie mydłem zmyć powłoki brzuszne. Po kąpieli zakładamy na brzuch okład wysychający z płynu Burowa. Ten działa dostatecznie przeciwgnilnie i dokładnie rozmiękcza powierzchowne warstwy naskórka, nie narażając chorej na zatrucie. Z tych powodów nie używamy do okładów, ani sublimatu, ani formaliny. Gdyż jakkolwiek jesteśmy przekonani o działaniu przeciwgnilnem tych pły-

nów, obawiamy się, aby sublimat wessany nie sprowadził zatrucia, a pary formalinowe, wdychiwane, nie zadrażniły błony śluzowej oskrzeli, czego się obawiamy ze względu na tak częste zapalenia nieżytowe płuc po laparotomiach. Drugi zarzut, jaki formalinie czynimy, jest ten, że nie rozmiękcza naskórka, lecz przeciwnie stwardnia go. Skłonni zaś jesteśmy przypisywać korzystny wpływ wyjaławiający okładów właśnie owemu działaniu rozmiękczającemu naskórek. Kiedy bowiem na następny dzień po dokładnem namydleniu powłok i wytarciu ich wiórami, zbieramy mydło brzytwą, pewni jesteśmy, że równocześnie usuwamy i warstwy powierzchowne naskórka, w których gnieżdżą się bakterye. Zmydlanie to powtarzamy kilkakrotnie, golimy dokładnie włosy na wzgórku łonowym i szczególną uwagę zwracamy na bliznę pępkową, z której mechanicznie wydobywamy obficie zwykle nagromadzony brud. W końcu mydło zmywamy ciepłym roztworem sublimatu (1:1000), skórę wycieramy dokładnie eterem i alkoholem, powtórnie zlewamy sublimatem i wreszcie całe pole operacyjne osłaniamy kompresami, maczanymi w sublimacie.

Podaniem olejku rącznikowego na kilkanaście godzin przed operacyą staramy się u mających być operowanemi o dokładne wypróżnienie jelit.

Jamę brzuszną otwieramy w smudze białej i pamiętamy zawsze o tem, aby ku dołowi doprowadzić cięcie aż do spojenia łonowego, ba, nawet nacinamy przyczepy mięśni prostych, względnie piramidalnych, gdzie trzeba operować głęboko w miednicy małej, to bowiem obok położenia pochyłego T r e n d e l e n b u r g a znakomicie ułatwia dostęp do niej. Blizna, jaka po tem cięciu pozostaje, nie daje wprawdzie bezwzględnej pewności co do późniejszych przepuklin. Obawiać się ich należy zwłaszcza u kobiet, u których rozstęp mięśni prostych, wywołany poprzedniemi ciążami, do reguły niemal należy. Żadne jednak inne cięcie nie daje tak swobodnego przystępu do guzów, wyrastających z części rodnych wewnętrznych. Kilka razy, idąc za radą W o ł k o w i c z a, sta-

raliśmy się odsłonić pochewki mięśni prostych i zeszyć te mięśnie bezpośrednio ze sobą brzegami wewnętrznymi. Nie mogę osądzić, o ile zabieg ten zdoła zapobiedz tworzeniu się przepuklin brzusznych; wiem jednak, że zawsze jest zabiegiem większym i kłopotliwym, a tam, gdzie podściółka tłuszczowa obficie jest rozwiniętą, a mięśnie proste tworzą, cienką, jakkolwiek szeroką, wstęgę, prawie niemożliwym do wykonania. Cięcia w innych okolicach, jak zalecane przez Wołkowicza (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 57, Z. 4) cięcie równoległe do przebiegu włókien mięśnia prostego lub jeszcze inne, chwalone też przez Becka w New-Yorku, równoległe do więzadła Pouparta i drążące na tępo przez warstwy mięśniowe, niewątpliwie pewniejsze, do tego celu się nie nadają. Starano się dalej niepewność blizny pomniejszyć specyalnem zakładaniem szwów. U nas z czasem wyrobiła się następująca metoda. Przez całą grubość powłok brzusznych, w odstępach 5—6 ctm. zakłada się szwy jedwabne grube, przyczem przestrzegamy przepisów Passavanta i Fritscha, t. j. że w szew zachwytujemy mało otrzewnej, dużo mięśnia i znów mało skóry (Passavant), a igłą przekłówamy od jamy otrzewnowej ku skórze (Fritsch). Fritsch bowiem, jak wiadomo, zwrócił uwagę, że przekłówając igłą od skóry w głąb, natrafić możemy na gruczoł łojowy lub torebkę włosową i z niej zawlec bakterye w głąb przewodu szwu. Szwów tych na razie nie zawiązujemy, lecz poprzednio jeszcze zaszywamy otrzewnę szwem katgutowym ciągłym i, w miarę postępu tego ostatniego, zawiązujemy szew jedwabny, bacząc, by pomiędzy brzegi rany nie wsunęła się sieć lub pętla jelita itp. W końcu zakładamy szew ciągły katgutowy na skórę. Dzięki takiemu postępowaniu wyjątkowo widujemy ropienie w szwach jedwabnych, nigdy katgutowych. Łagodny jednak przebieg ropienia każe się nam domyślać, że chodzi tu w przeważnej części o ropienie bez współudziału swoistych bakteryj, o ropienie wywołane obumarciem miejscowem tkanek, spowodowanem uciskiem przez szew (Poppert). Po wyjęciu nitki, bez dalszych za-

biegów, jamka po ropieniu zamyka się w przeciągu kilku dni.

Podczas operacyi osłaniamy jelita okładami, maczanymi w ciepłym rozczynie kw. borowego, chroniąc je przed zakażeniem, oziębieniem i wyschnięciem. Po operacyi przeglądamy dokładnie jamę brzuszną, każde miejsce krwawiące opatrujemy dokładnie podwiązką z jedwabiu (wyjałowionego przez wygotowanie w 5% rozczynie kwasu karbolowego) i jak najskrupulatniej wydalamy skrzepy krwi. Do podwiązek w jamie brzusznej z zasady używamy jedwabiu, a unikamy katgutu. Obawiamy się bowiem, aby ten ostatni, pęczniejąc i stając się oślizłym, nie spełzł z naczynia. Taki bowiem krwotok, trudny potem do zatamowania, może się stać przyczyną śmierci operowanego, a o śmierć z tej przyczyny w pierwszym rzędzie winić należy operującego. Troskliwie zaszywamy w końcu wszelkie luki i szczeliny w ciągłości otrzewnej wyścielającej jamę brzuszną, aby zapobiedz tworzeniu się zaułków i zrostów, które na razie, obniżając odporność otrzewnej, czynią ją skłonniejszą do spraw zapalnych, zakaźnych a w przyszłości przyczynić się mogą do odgięcia, zaciśnięcia, lub uwięźnienia jelita, t. j. sprowadzić niedrożność przewodu pokarmowego.

Mimo rozległego użycia w laparotomiach miejscowego znieczulania sposobem Schleicha, wszystkie operacye ginekologiczne wykonywaliśmy w ogólnem uśpieniu chloroformem.

Do tego postępowania skłaniały nas różne powody. Doświadczenie pouczyło nas, że kobiety wogóle o wiele lepiej znoszą wszelkie zabiegi w jamie brzusznej, niż mężczyźni, a w szczególności o wiele rzadziej u kobiet stwierdzamy zapalenie płuc po laparotomii. I jakkolwiek szczegółowej przyczyny tego nie znamy, pojmujemy rzecz dobrze. Wszakżeż jama brzuszna w życiu płciowem kobiety, specyalnie zaś w akcie rozrodczym, na tyle urazów narażona musiała z czasem uzyskać ogólnie większą odporność, niż u męż-

czyzn! Potem operacye te bywają albo tak łatwe, jak n. p. niepowikłana owaryotomia, że krótkotrwałe uśpienie zgoła żadnego wpływu szkodliwego w kierunku usposobienia do powstania zapalenia płuc wywrzeć nie może, lub też, gdy są zrosty (np. torbiele jajnikowe zropiałe lub cechy nowotworu złośliwego nabierające włókniako-mięśniaki), to tak rozległe, że uśpienie ogólne, staje się konieczne, jeżeli już nie na to, aby ułatwić operacyę, to aby oszczędzić chorej nadzwyczajnych bólów. Przy wyjmowaniu zaś macicy przez pochwę metoda Schleicha dałaby bardzo nie pewne wyniki. Wszystko to skłania nas do ogólnego stosowania uśpienia chloroformowego i to tem śmielej, że nigdy nie zauważyliśmy żadnego niepomyślnego wyniku dla chorej, któryby choć w najdalszym związku pozostawał z uśpieniem.

Leczenie pooperacyjne, w przypadkach niepowikłanych, jest bardzo proste. Po 24 godzinnym ścisłym poście, którym staramy się zapobiedz przykrym i niepożądanym wymiotom po chloroformie, przez kilka pierwszych dni chora otrzymuje jeno pokarmy płynne, a potem stałe pożywne, lecz lekkostrawne. Stolce w pierwszym tygodniu sprowadzamy lewatywami, potem olejkiem rącznikowym lub wodą gorzką. W 2 tygodnie po operacyi wyjmujemy szwy jedwabne, a w początku czwartego tygodnia chora opuszcza łóżko, otrzymawszy pas na brzuch. Czy takie postępowanie dostatecznie chroni operowane od wytworzenia się przepukliny brzusznej, trudno nam osądzić. Wiemy tylko tyle, że żadna z chorych, w przeciągu dwóch lat w tutejszej klinice operowanych, nie zgłosiła się do nas z przepukliną.

II.

Po tych ogólnych uwagach przystępuję wedle nakreślonego planu do części szczegółowej i rozpoczynam od włókniako-mięśniaków macicy. Z tymi nowotworami przyjęliśmy do kliniki i leczyli chorych 14, a mianowicie:

L. p.	Nazwisko i wiek chorej	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	T. W. 39 lat	Guz wielkości cytryny, wyrastający z tylnej ściany macicy i wrastający w więzadło szerokie lewe. Rozpoznanie: *Fibromyoma.*	Przez laparotomię wyłuszczono guz wielkości pięści z pomiędzy blaszek więzadła. Macicę i części dodatkowe pozostawiono nietknięte.	Po operacyi chora gorączkowała. D. 2-go wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego, które po 2 dobach ustąpiły pod wysokiemi wlewaniami. Opuściła klinikę po 40 dniach.
2	B. F. 45 l.	Trzy guzy wielkości małego jabłka i kilka mniejszych. Rozp.: *Fibromyomata intramuralia.*	*Exstirpatio uteri et adnexorum per vaginam m. Doyen.*	Przebieg bezgorączkowy i bez zaburzeń. Chora opuszcza klinikę po miesiącu.
3	K. S. 42 l.	Guzy wypełniają całą miednicę. Macica powiększona dosięga szczytem linii przechodzącej przez pępek. Rozp.: *Fibromyomata interstitialia.*	*Exstirpatio uteri myomatosi, per vaginam m. Péan-Richelot - Doyen „par morcellement".*	Chora już po 10 dniach opuściła klinikę. W d. c. leczyła się poza kliniką. Wyleczona.
4	D. S. 55 l.	*Fibro-myosarcoma uteri, metastases in gland. lymph. inguinum, axillarum et recti.*	*Observatio.*	
5	M. J. 27 l.	Guzek w macicy wielkości orzecha włoskiego. Rozp.: *Fibromyoma uteri intramurale, endometritis et colpitis gonorrhoica, tumor ovarii d. cystitis.*	*Observatio.*	Leczona następnie przez specyalistę metodą Apostolego; włókniak zanikł zupełnie.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
6	S. L. 52 l.	Guz wielkości pięści ruchomy, wychodzący z tylnej ściany macicy. Rozp.: *Fibromyoma submucosum.*	*Enucleatio fibromyomatis per vaginam.*	Przebieg bezgorączkowy. Opuściła klinikę po miesiącu.
7	K. R. 29 l.	*Fibromyoma uteri intraligamentosum*(?)	Na proponowaną operacyę nie zgodziła się.	
8	W. K. 49 l.	Macica z guzami sięga do linii pępkowej. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Nie rodziła i nie roniła. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Opuszcza klinikę po 6 tygodniach.
9	M. W. 45 l.	Guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Rozp.: *Fibromyomata subrecosa et intramuralia.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Wypisana z kliniki po 6 tygodniach.
10	M. F. 18 l.	2 guzy wielkości głowy noworodka. Lewy zrośnięty z talerzem biodrowym. Rozp.: *Fibrosarcoma uteri.*	*Casus inoperabilis.*	
11	C. R. 31 l.	*Fibromyoma uteri et cystis dermoidatis parovarii.*	*Exstirpatio uteri et ovariectomia m. Doyen (per vaginam).*	Przebieg bez powikłań. Opuściła klinikę po 4 tygodniach.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
12	M. J. 45 l.	Guz przekraczający szczytem linią pępkową. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Exstirpatio uteri m. Freund-Rydygier.* Operacya trudna z powodu zrostów z jelitami.	Przebieg pooperacyjny powikłany przemijającem zapaleniem pęcherza. Po 4 tygod. wypuszczona z kliniki. Wyleczona.
13	L. B. 36 l.	Guz wielkości głowy dorosłego człowieka. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Exstirpatio uteri m, Freund-Rydygier.* Podczas operacyi znaleziono nadto torbiel jajnikowy.	Po operacyi gorączkowała skutkiem zapalenia w szwach powłok brzusznych i w szwach, jakimi tym razem zaszyto pochwę Po wyjęciu szwów z pochwy i zapewnieniu swobodnego odpływu ropie, gorączka opadła. Wyleczona.
14	K. K. 35 l	Guz sięgający powyżej pępka. Rozp.: *Fibromyomata intramuralia.*	*Amputatio uteri supravaginalis m Péan.*	Ropienie w szwach brzusznych. Wyleczona po 4 tygodniach.

Po odtrąceniu 4 przypadków, w których zabieg operacyjny był albo niemożliwy do przeprowadzenia (p. tabl. Nr. 4 i 10), albo niepotrzebny (N. 5), lub spotkał się z odmową chorej (N. 7), operowaliśmy z powodu włókniakomięśniaków 10 razy i wykonaliśmy: 1) wyłuszczenie samego tylko włókniaka z więzadła szerokiego po otworzeniu jamy brzusznej 1 raz; 2) wyłuszczenie zajętej macicy wraz z częściami dodatkowemi przez pochwę sposobem Doyena 2 razy; 3) *„par morcellement“* m. Péan-Doyen-Richelota 1 raz; 4) wyłuszczenie włókniaka podśluzowego przez pochwę 1 raz; 5) *amputatio supravaginalis uteri myomatosi* m. Péa-

na 3 razy i 6) całkowite wyjęcie macicy z przydatkami sposobem Freund-Rydygiera — 2 razy.

Same liczby mówią za siebie. Jeżeliśmy w 10 przypadkach operowanych użyli 6 różnych metod, najlepszy to dowód, że ściśle indywidualizujemy, zastosowując dokładnie metodę operacyjną do jakości przypadku. I kierujemy się w wyborze metody tem przeważnie, aby, zapewniając operowanej zupełne zdrowie, nie pozbawiać jej bez koniecznej potrzeby możności płodzenia, o ile ta jeszcze u danej osoby istnieje.

Nadużyłbym cierpliwości czytelnika, gdybym chciał szczegółowo wyłuszczać zasady, jakiemi się powodujemy w wyborze sposobu leczenia i metody operacyjnej. Przed kilkoma laty wyłuszczył je Prof. Rydygier *(Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, Lwów, 1895)*, a w ostatnich czasach pisano o tem szeroko i długo ze stron fachowych, że wymienię tylko Olshausena, Bumma *(Beitr. z. Gbrtshl. u. Gynekol.)* i Küstnera *(Berl. Klinik 125)* i wreszcie treściwy „rzut oka" na tę sprawę A. Sołowija *(Przgl. lek. 1899, Nr. 16)*. Streszczając się, tyle powiedzieć możemy, że wszędzie tam, gdzie pojedynczy włókniako-mięśniak usadowił się tak, że go łatwo, z zachowaniem całego narządu płciowego, wydalić można, wydobywamy go, czy to przez pochwę (włókniaki podśluzowe), czy też po wstępnem otwarciu jamy brzusznej (guzy podsurowicze). Gdzie jednak włókniaków jest wiele, zwłaszcza śródmiąższowych i istnieje wskazanie do operacyi, lub też gdzie słusznie podejrzywamy, że nowotwory te przybierają cechę złośliwych, wyjmujemy macicę całą. Pierwszeństwo dajemy operacyom przez pochwę i tą drogą wydobywaliśmy guzy nawet znaczne, bo sięgające do pępka, posługując się rozkawałkowywaniem nowotworu. Kiedy jednak spodziewamy się znaleźć duże trudności podczas zabiegu i gdy mamy do czynienia z chorą niedokrewną, dla której długość trwania uśpienia chloroformowego nie jest rzeczą obojętną, wolimy operować od jamy brzusznej i zastosować albo amputacyę nadpochwową macicy sposobem

Péana, lub też całkowite jej wycięcie metodą Freund-Rydygiera. I nie stawiamy pytania tak, jak Küstner: „Totalexstirpation oder supravaginale Amputation?"; lecz staramy się wynaleźć wskazania dla jednej lub drugiej metody. U kobiet, które nie rodziły i u których pochwa jest wązką i mało rozciągliwą i u niewiast bardzo wyniszczonych, gdzie na pośpiechu zależy, wykonywamy histerektomię nadpochwową. Gdzie zaś podejrzywamy, że włókniaki przybrały charakter nowotworów złośliwych, gdzie nowotwory schodzą tak nizko, że niemal szyjkę zajmują i oczywiście w każdym tym przypadku, w którym w szyjce rozwija się rak, wykonywamy całkowite wyjęcie macicy, czy to przez pochwę, czy też sposobem Freund-Rydygiera. W odpowiednim przypadku możnaby zastosować modyfikacyę tej ostatniej metody, podaną przez Sołowija (l. c.).

Z naszych operowanych nie straciliśmy ani jednej. Wszystkie w zupełnie pomyślnym stanie zdrowia opuściły klinikę. Odpowiednio do takiego wyniku i przebieg pooperacyjny był wcale gładkim. W historyach chorób zanotowaliśmy jedynie u chorej W. K. (Nr. 8) nagłe wystąpienie objawów, opisywanych w przebiegu histeryi, w których przeważały częste omdlenia i które skłonni jesteśmy przypisać wydaleniu zupełnemu części rodnych wewnętrznych (byłyby-to zatem t. z. *Ausfallserscheinungen)*, ustąpiły bowiem po kilku dniach wśród podawania tabletek z owaryiny.

Po operacyach przez pochwę, przy których nigdy nie używamy kleszczyków do tamowania krwotoku, lecz zawsze podwiązek jedwabnych, ścian pochwy nie zaszywamy, tylko tamponujemy ją dokładnie gazą jodoformową. Natomiast zaszywamy otrzewnę ponad sklepieniem, choćby tylko kilku szwami. Raz zrobilismy wyjątek z tej reguły u chorej L. B. (Nr. 13) i po operacyi pochwę zaszyliśmy. Po kilku jednak dniach, kiedy chora gorączkowała i nie było można znaleźć w narządach wewnętrznych żadnej zmiany, którąby stan gorączkowy tłomaczyła, wyjęliśmy szwy z pochwy, gojącą się już ranę otwo-

rzyliśmy napowrót i znaleźliśmy ropień otorbiony ponad pochwą. Poczem chora przestała gorączkować.

III.

W obec włókniako-mięśniaków biedzić się musimy nad pytaniem, czy trzeba operować, czy nie; a gdy pytanie wypadnie potwierdzająco, czeka nas nowy kłopot, jaką wybrać metodę? W obec raka macicy pytania te odpadają, — operatorowi pozostaje tylko rozstrzygnąć, czy można jeszcze operować? Do wielu skarg, odzywających się ze wszystkich stron świata i my swoją, jednobrzmiącą z tamtemi, dołączyć musimy; czemu chore tak późno zgłaszają się do chirurga z żądaniem pomocy! I nie wiemy kogo winić, czy lekarzy, czy same chore. Zdaje się, że wina cięży raz po jednej, innym razem znowu po drugiej stronie. Rozpoznanie w samych początkach trudne, nieraz bardzo trudne. Często wątpliwą sprawę rozstrzyga dopiero „mędrzec ze szkiełkiem w oku". Niestety, nie każdy lekarz ma mikroskop i nie każdy posiada dostateczną biegłość w mikroskopowaniu. Nie kusząc się o rozstrzygnięcie tych rzeczy niepewnych i oszczędzając czytelnikowi litanii uwag, jakieby *à propos* tego wypisać można, zaznaczam fakt, że z kilkunastu kobiet, które w klinice szukały pomocy z powodu raka macicy, zaledwie u trzech pokusić się można było o operacyę radykalną, już przed operacyą stawiając bardzo wątpliwe co do nawrotu rokowanie, które zbyt rychło w jednym przypadku się sprawdziło. Wszystkie trzy przypadki dalekimi były od ideału Olshausena. A szkoda. Wiemy bowiem, że w korzystnych przypadkach osiągnąć można trwałe wyleczenie. Dotychczas żyją i dobrem cieszą się zdrowiem pomiędzy innymi trzy dobrze nam znane pacyentki z praktyki prywatnej Prof. Rydygiera, którym wyjął macicę z powodu raka przed 9-ma, 7-ma, względnie 4-ma laty.

Jak już nadmieniłem, operowaliśmy przez przeciąg 2 lat 3 przypadki raka szyjki macicy, t. j.:

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	T. D. lat 37	Owrzodzenie ogranicza się ściśle do części pochwowej Rozp: *Carcinoma cervicis uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*	Wyleczona po 35 dniach
2	H. S. l. 58	Owrzodzenie przechodzi z szyjki na tylną ścianę pochwy Rozp. *Carcinoma uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*. Rak zajmował także przednią ścianę odbytnicy, dochodząc do błony śluzowej.	Wyleczona po 6 tygodniach. Śmierć w 4 miesiące później z powodu miejscowego nawrotu cierpienia
3	O. S. l. 50	Sklepienie boczne lewe węższe niż prawe. Rozp. *Carcinoma cervicis uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*	Wyleczona po miesiącu.

W technice operacyjnej nie trzymamy się ściśle przepisów Doyena. Na więzadła szerokie zakładamy podwiązki jedwabne, pochwę tamponujemy i oczekujemy póki podwiązki nie wyropieją. Następuje to zwykle po 3—4 tygodniach.

Mała ztąd dla nas pociecha, że wszystkie operowane wyszły gładko i obronną ręką z niebezpieczeństw operacyi. Jedna z nich umarła już w kilka miesięcy z powodu miejscowego nawrotu, a losy 2 innych bardzo niepewne. Sądzimy jednak, że i w takich nie zbyt świetnych przypadkach nie powinno się chorym odmawiać operacyi, kiedy są przekonane, że uleczenia spodziewać się mogą tylko z operacyi. Nieocenioną jest w pewnych warunkach złudna nadzieja, że się znów jest zdrowym!

IV.

Największą liczbę laparotomij ginekologicznych wykonaliśmy z powodu torbieli jajnikowych. Każdej chorej, która zgłosiła się do kliniki z powodu torbiela jajnikowego, proponowaliśmy operacyę i najczęściej spotykaliśmy się ze zgodą chorej. Bo tu nie ma wątpliwości, czy trzeba operować, czy nie. Pozostawiając torbiel w jamie brzusznej, narażamy dotkniętą niepotrzebnie na wielorakie niebezpieczeństwa, ryzyko zaś, jakie chora na siebie bierze, godząc się na laparotomię, obecnie jest tak minimalnem, że nie wahamy się nigdy gorąco zalecać w tych przypadkach operacyi. I nigdy nie mieliśmy sobie z tego powodu nic do zarzucenia, jak o tem świadczy następujące zestawienie.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	Z. M. lat 23	*Cystis dermoidalis ovarii dextri*	Owaryotomia. Podczas operacyi znaleziono włókniak wielkości orzecha laskowego na przodkowej ścianie macicy i wycięto go	Wyleczona
2	G. H. l. 15	*Cystis dermoidalis ovarii sinistri*	Owaryotomia. Skręcenie szypuły 2 r. naokoło osi	Wyleczona
3	A. T. l. 34	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariectomia* Szypułę opatrzono sp. Rosnera	Wyleczona
4	K. B l. 35	*Kystoma ovarii dextri multiloculare*	*Ovariotomia.* Zrosty z jelitami rozdzielono	Wyleczona

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
5	S. G. l. 33	*Kystosarcoma ovarii sinistri*	*Ovariotomia*	Wyleczona
6	P. C. l. 30	*Kystoma parovarii duplex, hydrosalpinx sinistra*	*Ovariotomia.* Po stronie lewej torbiel wielokomorowy wrastał pomiędzy blaszki krezki jelit	Wyleczona
7	B. K. l. 30	*Kystoma ovarii sinistri; torsio*	*Ovariotomia.* Rozległe zrosty z jelitami. Szypuła okręcona 3 razy. Opatrzono ją sposobem Rosnera	Wyleczona
8	A. K. l. 56	*Kystoma ovarii utriusque; myoma fundi uteri subserosum*	*Ovariectomia duplex. Myomectomia.* Torbiel lewy okręcony $1^1/_2$ razy, zrosły z jelitami i z włókniakiem	Wyleczona
9	M. S.	*Cystis dermoidalis duplex. Torsio cystis sinistrae*	*Ovariectomia duplex.* Szypuła lewego torbiela okręcona $1^1/_2$ r. znaleziono w nim jakoby peruczkę z włosów jasnych. W torbielu prawym warkocz włosów ciemnych i kawałek szczęki z 3 zębami	Wyleczona

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
10	R. J. l. 58	*Kystoma ovarii dextri ruptum*	*Ovariotomia.* Liczne zrosty z trzewami. Masa płynu galaretowatego, a w nim wiele ciał jakby ze zbitego włóknika, wielkości małych jabłek.	Wyleczona
11	A. N. l. 53.	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariectomia*	Wyleczona
12	J. K. l. 26	*Kystoma ovarii sinistri*	*Ovariotomia.* Zrosty ze ścianami miednicy	Wyleczona
13	P. B. l. 55	*Kystoma ovarii multiloculare*	*Ovariotomia*	Wyleczona
14	R. L. l. 28	*Cystis dermoidalis ovarii sin.*	*Ovariotomia.* W torbielu szczęka z zębami	Wyleczona
15	J. K. l. 49	*Kystoma ovarii utriusque et fibromyoma uteri*	*Ovariectomia duplex, enucleatio fibromyomatis subserosi.*	Wyleczona
16	K. K. l. 21	*Fistula in parietibus abdominis* (?)	*Cystis dermoidalis ovarii dextri.* Liczne bardzo zrosty z trzewami	Wyleczona
17	J. I. l. 12	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariotomia.*	Wyleczona
18	D. R. l. 46	*Kystoma ovarii dextri Torsio*	*Ovariotomia.* Szypuła okręcona 2 razy	Wyleczona

Naliczyliśmy zatem w tych 18 przypadkach 8 razy torbiel jednokomorowy, 2 razy wielokomorowy, 5 razy torbiel skórzasty, 1 raz torbiel wychodzący z *parovarium*, 1 raz torbiel jednokomorowy pęknięty i 1 raz *kystosarcoma*. W 5 przypadkach (na 18) znaleźliśmy szypułę okręconą, czemu towarzyszyły odpowiednie objawy podmiotowe i podczas operacyi znalezione zmiany anatomiczne. Rozpoznanie, tak w przeważnej liczbie przypadków łatwe, raz nie małe przedstawiało trudności i wyjaśnionem zostało dopiero podczas operacyi. Mówię o przypadku 16-stym. Mała przetoka w powłokach brzusznych, sącząca płyn ropiasty, wybitnie kałem cuchnący i od czasu do czasu wydobywające się z niej gazy, obok zupełnie niejasnych wywiadów i trudne stosunki przedstawiającego badania przedmiotowego, a bardzo nędznego stanu ogólnego chorej, kazała nam myśleć o przetoce kałowej i to prawdopodobnie na tle owrzodzeń gruźliczych. Dopiero po mozolnem otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że chodzi o torbiel skórzasty, który z niewiadomych przyczyn przebił przez powłoki brzuszne, a skutkiem licznych zrostów z jelitami i dostępu powietrza atmosferycznego, treść jego nabrała woni kałowej i zaczęła gnić.

Operacya sama, z wyjątkiem wyżej nadmienionego przypadku i paru innych, nie była trudną. Utrudniają ją najczęściej zrosty z otoczeniem, rzadziej usadowienie się torbieli w więzadle szerokiem lub wrastanie jej pomiędzy blaszki krezki. Jakkolwiek jednak było, nawet najtrudniejsze przypadki przebiegały po operacyi tak gładko, jak sobie tego tylko życzyć można było. Co do techniki samej operacyi, do tego, cośmy powyżej napisali, dodać tylko tyle mogę, że szypułę najczęściej opatrywaliśmy w ten sposób, żeśmy ją w kilku partyach podwiązywali jedwabiem, pamiętając tylko o tem, aby obie podwiązki brzeżne zabezpieczyć od obsunięcia się przez przeszycie jednego końca podwiązki igłą dośrodkowo od podwiązki. I nie widząc złych następstw po takiem postępowaniu, wyjątkowo tylko (2 razy) zaopatrzyliśmy ją tak, jak to swego czasu zalecał A. Rosner.

Jak wielka różnica między czasami obecnymi, a kilkanaście lat temu wstecz! Owaryotomia, którą dziś uważamy za tak niewinną operacyę i która z powodzeniem wykonywaną bywa nawet przez mniej wprawnych chirurgów, jeszcze z początkiem ery antyseptycznej dla dzielnych i najdzielniejszych chirurgów owego czasu była „octem i żółcią,“ mimo bowiem trosk niebywałych tracili jedną chorą po drugiej.

W końcu niechaj mi wolno będzie serdecznie podziękować Szefowi memu, Panu Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie i pozwolenie ogłoszenia przypadków, leczonych w klinice i w Jego prywatnej praktyce, jak nie mniej za cenne wskazówki.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ Nr. 19 1899.

Kraków, 1899 — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.